

参事	課長	主幹	課長補佐	主任	係	合議

様式第1号

令和 年 月 日

## 吉野町ケラケラ百歳体操 開催申請書

吉野町長寿福祉課長 様

次のとおり「吉野町ケラケラ百歳体操」の開催を申請します。

グループ名			
連絡係	名前		
	住所	吉野町大字	
	連絡先	( )	
参加者数	人		
開始日	令和 年 月 日 ( )		
開催頻度	週 回 ( 曜日)		
開催時間	午前 ・ 午後 時 分～		
開催場所			
特記事項			

# 吉野町ケラケラ百歳体操 物品借用願

吉野町長寿福祉課長 様

1. いきいき百歳体操用おもり

①バンド ( ) 個

②おもり ( ) 個

2. DVD

①高知市いきいき百歳体操DVD (簡易版 29分) ( ) 枚

②高知市いきいき百歳体操DVD (スペシャル版 39分) ( ) 枚

3. 使用開始日

令和 年 月 日

4. 体操予定人数 ( ) 人

上記のとおり、使用したいので申請します

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 吉野町 ケラケラ百歳体操 参加申請書及び承諾書

1. 介護予防事業における体操内容と体操時に起こりうる危険性について  
 高齢者の介護予防のために考案した体操を行います。体操中に何らかの 附則  
 の変化が現れることが稀にあります。これには、異常な血圧の変化、めまい、  
 不整脈、稀に心不全・脳卒中および死亡事故などが含まれます。
2. 介護予防の方法開発及び普及のためのデータ・写真・映像提供について
  - 1) この事業のデータ及び写真・映像・介護保険情報が介護予防の方法  
 開発及び普及のための目的においてのみ利用されること。
  - 2) 事業実施結果のデータの公表は、調査対象となった個人をまったく 特  
 定できない形でのみ行われること。
  - 3) 収集した個人情報の取り扱いについては、長寿福祉課 地域包括支援 セ  
 ンターで適正に管理し、参加終了後は破棄します。

私は、上記1，2について理解の上、承諾し参加を申請します。  
 参加にあたっては、私は無理をせず、健康管理に注意しながら、自己責任の  
 もと体操に参加します。また、参加することを主治医に伝え、注意すべきことを確  
 認し、運動を禁止されていないことを申し添えます。

吉野町長寿福祉課長 様

令和 年 月 日

(署名)

参加者氏名		生年月日	
住 所		電話番号	
緊急時の連絡先			
氏 名	[続柄 ]	住所 電話番号	

※身体の状態について、ご記入ください。今までにかかった大きな病気、現在通院  
 している病気はありますか。ある方は○をつけて下さい。

1. ない
2. ある ⇒ 下の表にご記入下さい (病気の例：高血圧・糖尿病・膝・腰など)

病 名	医療機関名	治療状況 (○をつけて下さい)
		治療中・経過観察中・その他 ( )
		治療中・経過観察中・その他 ( )
		治療中・経過観察中・その他 ( )
介護の認定をお持ちですか。		持っていない ・ 要支援 ( ) ・ 要介護 ( )